

A PROPOS D'UN CAS D'HEMATURIE AIGUË PAR BILHARZIOSE URINAIRE OBSERVE AU CHU DE LOME - TOGO

SONGNE B¹, SOKPOH-DIALLO K², TETE KVS³

1. Service de chirurgie générale CHU Tokoin

2. Service de Gastro-entérologie CHU Tokoin

3. Service de Gynécologie Obstétrique CHU Tokoin

Adresse pour tirée à part : Docteur Badjona SONGNÉ - Clinique Médico-Chirurgicale
CHU Tokoin Boîte Postale 57 - Lomé / TOGO.

RESUME

Propos et observation : la gravité de la bilharziose urinaire est liée aux lésions de sclérose bien que maître symptôme de la maladie n'ait jamais inquiété le médecin jusqu'à lui faire redouter chez la malade un choc hémorragie par hématurie aiguë. Le tableau clinique de notre cas était celui d'une complication hémorragie de la maladie qui a nécessité une cystostomie du service de gynéco-obstétrique pour douleur pelvienne, dysurie et hématurie totale.

Conclusion la complication hémorragie aiguë d'une hématurie par bilharziose urinaire bien que rare, peut être dramatique dans l'évolution de la maladie si l'on y prend garde.

INTRODUCTION

La bilharziose urinaire, une des maladies des plus anciennes et des plus répandues dans le monde, trouve généralement sa gravité liée aux lésions de sclérose et aux risques de cancer vésical qu'elle entraîne. Cependant, l'hématurie, bien que maître symptôme de la maladie, n'a jamais inquiété le médecin jusqu'à faire redouter chez le malade, un état de choc hémorragique par hématurie aiguë. Ce cas unique dans notre expérience du service de chirurgie de Lomé a mérité beaucoup d'attention du fait de la fréquence de la bilharziose urinaire dans notre pays situé en zone intertropicale. Dans le monde, 600 millions de personnes sont considérées comme des sujets à risque ; 200 millions sont réellement infectés de *schistosoma* et 20 millions parmi ces sujets infectés vont développer des maladies graves [1]. Au Togo le taux d'infection était de 54% 1974. Le tableau clinique de notre cas était celui d'une hémorragie aiguë qui a nécessité une cystostomie pour décaillotage. L'intérêt de ce dossier est d'attirer l'attention des médecins en zones d'endémie devant les hématuries bilharziennes qui peuvent prendre des allures dramatiques.

OBSERVATION

Mme B. Anna 20 ans, femme au foyer, domiciliée à Lomé depuis 18 mois ; Primi-geste avec un enfant vivant de 12 mois, était adressée par le service de gynéco-obstétrique le 22 mai 1998 pour douleur pelvienne, dysurie et hématurie totale. La malade a signalé avoir eu la même symptomatologie avec émission de petits caillots lors d'un effort de miction un mois plus tôt. Elle aurait mis cette hématurie dans le compte d'un éventuel retour de couche. Dès lors, tout était rentré dans l'ordre jusqu'au 21 mai 1988 où elle avait émis d'un litre de sang mêlé de caillots, de survenue brutale lors d'un effort de miction. A l'entrée elle avait signalé des douleurs pelviennes associées à des vertiges. La tension artérielle était à 100/50 mm Hg ; la

température était à 37°3 ; le pouls était filant et faible (120 pulsations par minute). Les conjonctives étaient pâles et l'examen physique montrait un globe vésical remontait jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Des efforts de miction sur un fond de dysurie durant plus de 4 heures avaient ramené à peine 50 cc d'urine hémorragique confirmant la nature de l'hématurie urinaire. L'examen gynécologique était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation n'avait rien objectivé. L'échographie n'avait pu être réalisée en urgence. Devant ce tableau hyper algique et la tension artérielle qui était passé à 80/50 mm Hg, et la sonde urinaire qui était inefficace, nous avons décidé de faire une cystostomie exploratrice. L'ouverture de la vessie en sous péritonéale a permis d'évacuer de très nombreux caillots sanguins. L'examen de la muqueuse vésicale a montré une muqueuse hémorragique tapissée d'innombrables vésicules translucides. Aucune lésion tumorale macroscopique n'avait été retrouvée. Une biopsie vésicale était faite et avait permis noter une réaction inflammatoire importante avec de très nombreux oeufs de *schistosoma hæmatobium*. La vessie fut lavée, fermée puis drainée par l'urètre à l'aide d'une sonde de Foley. Les hémostatiques étaient mis en route en per opératoire. La biopsie rectale faite après l'intervention pour suspicion de bilharziose urinaire a montré de très nombreux oeufs vivants et morts de *Schistosoma hæmatobium*. Dans les suites opératoires la sérologie bilharzienne était fortement positive à 1/2560. Dans les suites opératoires, l'hématurie a cédé progressivement au bout de 48 heures. Un traitement spécifique au Praziquantel à raison de 40 mg par kilogramme, après la reprise de transit, était instauré et la malade est sortie de l'hôpital à J17.

COMMENTAIRE

La bilharziose en général est un problème de santé publique qui serait à la base de 20 000 décès par an [1] du fait de sa localisation multi viscérale.

En zone endémique, le *Schistosoma haematobium* affecte plus fréquemment les voies urinaires. L'hématurie en est la principale manifestation clinique. Ce pendant cette hématurie est généralement terminale, de faible abondance et capricieuse ; toutefois, elle est d'autant plus importante que l'infestation est sévère [2].

Sur le plan chirurgical, le *Schistosoma haematobium* a souvent été incriminé dans les appendicites aiguës [3 ; 4]. En urologie, d'abondantes hématuries par bilharziose urinaire ont été signalées [5]. Mais la rétention aiguë d'hématurie avec des caillots nous paraît une première qui suscite quelques commentaires.

D'abord, sur le plan épidémiologique, le Togo est un pays endémique de la bilharziose mais elle est très peu observée au chu Tokoin de Lomé où les risques de contaminations sont rares du fait de l'assainissement de la ville. Cette femme était à Lomé depuis seulement 18 mois pour des raisons de mariage et résidait plus tôt avec ses parents au sud ouest du Togo où la bilharziose urinaire sévit sous forme endémique. C'est sûrement dans cette zone qu'elle aurait contracté la maladie. D'autres parts, la maladie se manifeste généralement pour la première fois autour de l'âge de la puberté et serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme [2 ; 6]. Pour notre patiente, l'interrogatoire n'a pu affirmer que l'épisode d'il y a un mois alors qu'elle avait 20 ans.

Sur le plan physiopathologique, causée par le *Schistosoma haematobium*, la maladie vésicale est due essentiellement aux œufs de la femelle qui en émet de façon discontinue 160 à 240 000 par jour. Ces derniers, muni d'un éperon terminal, traversent la paroi vésicale sous l'effet de la contraction de la vessie. Ils déterminent alors des lésions inflammatoires hyperhémées sources de départ de l'hématurie [7]. Mais il semblerait que le passage des œufs dans les urines s'accompagne toujours d'hématurie. Séwoa affirmé que l'hématurie suit généralement l'intensité de l'infestation. De ce fait l'hématurie est d'autant plus importante que l'infestation est sévère. Notre observation per opératoire montrant de très nombreuses vésicules tapissant la muqueuse vésicale et la présence de nombreux vivant et mort peut évoquer une infestation massive.

Sur le plan clinique la maladie se caractérise par une hématurie, généralement terminale de faible abondance et capricieuse. Elle s'accompagne de pollakiurie qui est à la fois diurne et nocturne. On peut noter des douleurs à type de brûlure en fin de miction ou des douleurs hypogastriques irradiant vers le périnée. Cette hématurie peut être importante et totale où l'état général est plus moins profondément atteint avec anémie [5]. Toute fois, devant une hématurie totale, massive, alarmante il est tentant de penser à une tumeur vésicale car elle est souvent responsable des retentions par caillots. Bien que l'association du parasite avec le carcinome épidermoïde vésical, la seule forme de cancer vésical d'étiologie parasitaire, soit vérifiée par des études cliniques et de

laboratoire, ce cancer apparaît après 40 ans et est 2 à 8 fois moindre chez la femme [8]. Pour notre patiente et ses accompagnants, ils ont plutôt évoqué un problème gynécologique d'où leur transit par ce service. Dans tous les cas, en zone endémique, une hématurie aiguë, chez un sujet jeune, devra faire évoquer une bilharziose urinaire et pratiquer en urgence une biopsie de la muqueuse rectale à la recherche d'œufs de *Schistosoma haematobium*. En de pareilles circonstances, la cystoscopie est peu contributive voire impossible lorsqu'il y a une rétention de sang et de caillots. Mais en zone lavée, elle peut mettre en évidence des grains biréfringents, brillants au sein d'une muqueuse vésicale plus ou moins inflammatoire [9].

Sur le plan thérapeutique, il s'agit d'une conduite à tenir devant rétention aiguë d'hématurie dont l'obstacle mécanique se trouve être les caillots intra vésicaux. La sonde vésicale passe librement mais ne peut vider la vessie et soulager la malade. Il était donc urgent de pratiquer une cystostomie qui a permis de vider les caillots et l'hématurie et d'explorer la muqueuse vésicale. Le traitement médical hémostatique avait permis d'obtenir des urines claires en 48 heures et le traitement de fond au Praziquantel était indispensable pour assurer la guérison. La sonde vésicale avait permis la surveillance post-opératoire de l'évolution de l'hématurie et surtout le drainage des urines jusqu'à cicatrisation de la cystostomie.

CONCLUSION

La complication hémorragique de cette bilharziose urinaire constatée chez la jeune malade est extrêmement rare mais très grave et de diagnostic étioologique délicat. Cette manifestation clinique atypique pourrait être source d'erreur diagnostique. Le traitement chirurgical a suffi pour arrêter l'hémorragie par simple décaillotage et lavage répété de la vessie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SCHWARTZ E, PICK N, SHAZBERG G, POTASMAN I. – Hematosperma due to Schistosome infection in travelers : Diagnostic and treatment challenges. *Clinical Infections diseases* 2002 ; 35 : 1420-1424.
2. SEWOA M. – Contribution à l'étude de la bilharziose à *Schistosoma haematobium*. Relation entre l'intensité de l'infestation et la morbidité. Mémoire IUT de Santé 1984 – Lomé / Togo
3. HALKIC N, ABDELMOUMEN A, GINTZBURGER D, MOSIMANN F – Schistosomal apendicitis in pregnancy. *Swiss Surg.* 2002 ; 8(3) :121-2.
4. ADEBAMEWO CA, AKANG EE, LADIPO JK, AJAO OG - Schistosomiasis of the appendix *Br J Surg.* 11991 Oct; 78(10):1219-21.

5. LISCHER GH, SWEAT SD - 16-years-old boy with gross hematuria. Mayo Clin Proc. 2002 May ; 77(5) :475-8.
6. OUEDRAOGO M - Contribution à l'étude histologique de la bilharziose génito-urinaire au CHU de Lomé de 1972-1979 Thèse de doctorat 1980, Togo.
7. GAIRI BURGUES MA ; BOSCH MUÑOS J ; LLUSA PARRAMON ; GOMA AR - Schistosoma haematobium como causa de hematuria. An Esp Pediatr 2002 ; 56 : 368-368.
8. BITTARD M. - Pronostic des tumeurs primitives de la vessie. J. Urol. (Paris) 1985, 91, 6.
9. BOCCON-GIBOD L. - Infections urinaires, tuberculose et parasitoses. Pathologie chirurgicale, tome 4 , Masson mai 1992, 75 - 78.